RICHIESTA DI ABILITAZIONE PERSONALE DELLE DITTE APPALTATRICI

Contratto n° …..... .....

Appaltatore	Ragione sociale: ..... P.I.: ..... Indirizzo: ..... Posta Elettronica Certificata: ..... Referente aziendale: ..... Tel.: .....

Eventuale Subappaltatore	Ragione sociale: ..... P.I.: ..... Indirizzo: ..... Posta Elettronica Certificata: ..... Referente aziendale: ..... Tel.: .....

	Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Prestazioni richieste	Protezione cantieri	Condotta
1)					Abilitazione	☐	☐
					Rinnovo Abilit.	☐	☐
					Visita Medica	☐	☐
2)					Abilitazione	☐	☐
					Rinnovo Abilit.	☐	☐
					Visita Medica	☐	☐
3)					Abilitazione	☐	☐
					Rinnovo Abilit.	☐	☐
					Visita Medica	☐	☐
4)					Abilitazione	☐	☐
					Rinnovo Abilit.	☐	☐
					Visita Medica	☐	☐
5)					Abilitazione	☐	☐
					Rinnovo Abilit.	☐	☐
					Visita Medica	☐	☐

N.B. La scadenza delle visite mediche comporta la revoca delle relative abilitazioni.

I costi delle prestazioni sono pari a:
- € **1.000,00** per l'abilitazione alla protezione cantieri;
- € **4.500,00** per l'abilitazione alla condotta;
- € **200,00** per il rinnovo dell'abilitazione;
- € **275,00** per n°1 visita medica;
- € **325,00** per n°2 visite mediche (per più abilitazioni dell a stessa persona).

data: ..... / ..... / ..... per l'Appaltatore richiedente: .....